

TERMO DE CONSENTIMENTO

ULTRASSOM DERMATOLÓGICO



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	



O **ultrassom dermatológico** é um exame de imagem que permite avaliar as estruturas superficiais, como a pele e a gordura subcutânea. O procedimento pode ser realizado em qualquer área da superfície corporal.

Observação

o exame não tem fim diagnóstico, mas de orientação ao médico assistente. Qualquer diagnóstico deverá ser feito pelo médico assistente após análise do laudo de ultrassonografia e exame clínico.

Declaro que procurei por livre vontade a equipe médica para realizar o exame de ultrassom dermatológico.



acordo do paciente

2. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 2.1. o mapeamento objetiva indicar, através de ultrassonografia de alta frequência, as características das áreas preenchidas na face;
- 2.2. haverá sugestão, pelas características avaliadas, de preenchedores permanentes e não permanentes nas áreas avaliadas;
- 2.3. a sugestão de preenchedores não permanentes poderá mudar em decorrência da absorção pelo organismo do paciente;
- 2.4. o mapeamento poderá ter alterações devido à migração dos preenchedores pelo tempo, pela gravidade e degradação inerente ao organismo de cada paciente.
- 2.5. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 2.6. a equipe médica não garante qualquer resultado.

acordo do paciente

3. FOI-ME ORIENTADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES ANATÔMICAS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 3.1. > cada organismo reage de forma específica e possui suas próprias características, não sendo possível indicar um resultado específico, mas sugerir de acordo com as características observadas;
- 3.2. > durante o exame, a equipe médica poderá observar evidências de patologias não solicitadas ou previstas originalmente, mas que serão indicadas no laudo final independentemente da solicitação do médico assistente;
- 3.3. > em decorrência das variações anatômicas, características distintas podem ser verificadas em exames realizados em dias diferentes.

acordo do paciente

4. FOI-ME ESCLARECIDA A IMPORTÂNCIA DE INFORMAR À EQUIPE MÉDICA SOBRE MEU ESTADO DE SAÚDE, DOENÇAS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS. POR ISSO, É DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE A NÃO INFORMAÇÃO SOBRE:

- 4.1. > os medicamentos que uso ou usei recentemente e aqueles de uso contínuo;
- 4.2. > alergias que tenho conhecimento, inclusive de anestésicos;
- 4.3. > qualquer doença, principalmente as autoimunes.

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/